

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o.

108

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques du PLESSIS de GRENÉDAN

Né le 19 octobre 1891, à Mayenne

LES MÉDECINS

ET LA

LOI DU 9 AVRIL 1898

Président : M. BALTHAZARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques du PLESSIS de GRENÉDAN

Né le 19 octobre 1891, à Mayenne

LES MÉDECINS

ET LA

LOI DU 9 AVRIL 1898

Président : M. BALTHAZARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCO. Pathologie chirurgicale
 BRÛLÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEU-LAVASTINE . Clinique médicale.
LE LORIER . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Pour l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A MA FEMME

A MON ONCLE ET A MA TANTE

M. ET M^{me} DES VALETTES

AU DOCTEUR GABRIEL BOYER

AU DOCTEUR MONTAGARD



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES MÉDECINS

ET LA LOI DU 9 AVRIL 1898

La loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, laisse liberté à l'ouvrier de choisir le médecin qui délivrera le certificat initial, certificat qui doit décrire les lésions avec tous les détails possible.

De plus, le chef d'entreprise peut désigner au juge de paix un médecin chargé de le renseigner sur l'état de la victime. Cette désignation, dûment visée par le juge de paix, donne au dit médecin, accès hebdomadaire auprès de la victime, en présence du médecin traitant prévenu deux jours d'avance et par lettre recommandée.

L'incapacité temporaire n'est due que si elle a duré plus de quatre jours, mais elle est payée même pour les quatre premiers jours si elle a duré plus de dix jours.

La loi rend passible d'amende toute personne qui, soit par menace, soit par refus de payer ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin.

Cette loi, tant du fait des blessés que de celui des

assurances, subit parfois des infractions qui nuisent aux ouvriers, à leur traitement et portent préjudice au corps médical ; car il y a rarement, mais quelquefois, des abus commis par certains médecins traitants et aussi par certains médecins contrôleurs.

LES INFRACTIONS A LA LOI

Elles viennent, soit du blessé, soit de l'assurance, soit de quelques médecins qui perdent leur indépendance et favorisent soit l'un, soit l'autre.

I. — Infractions venant du blessé et du médecin traitant qui, rarement, et le plus souvent par erreur, se fait le complice du blessé.

1. Le blessé fait passer pour un accident du travail une blessure contractée en dehors de celui-ci, et devant prouver l'origine de l'accident, trouvera parmi ses camarades des faux témoins qui en certifieront la matérialité ; c'est-à-dire le fait anormal, brutal, survenu par le fait ou à l'occasion du travail, indépendant de la volonté de l'ouvrier et lui ayant provoqué des blessures externes, des lésions médicales, des troubles nerveux.

2. Le blessé, pour être à l'assurance, se fait lui-même une lésion, et le médecin voit alors se présenter à la consultation un blessé dont l'allure, l'aspect extérieur ou la façon de se présenter le mettent sur ses gardes.

Ces hommes présentent par ordre de fréquence :

A) Les blessures par usure, faciles à reconnaître, qui ressemblent à une plaie par érosion, ne sont jamais que très superficielles et pas assez graves pour justifier une incapacité de travail.

Ces plaies provoquées sont généralement attribuées à une chute durant le travail et siégeant toujours et invariablement à l'un ou l'autre des endroits suivants :

Au membre supérieur, on les voit à l'avant-bras et le plus souvent à l'union des tiers moyen et supérieur de la face postérieure ou du bord externe.

Au membre inférieur, elles siègent à la jambe ou au genou sur les faces antéro-externe ou antéro-interne et à toutes les hauteurs.

L'ouvrier montre des plaies érosives, suintantes, dont la partie érodée est recouverte d'une pellicule jaunâtre de tissu mortifié si la lésion n'est pas toute récente.

Ces plaies sont faites par un frottement prolongé et souvent le blessé a dû recourir à un camarade. Le pourtour de l'érosion a été atteint aussi, mais l'épiderme n'y est que légèrement altéré.

Le blessé dit s'être fait dans sa chute des contusions multiples et souffrir en différentes régions du corps. Ces contusions ne lui ont laissé aucun symptôme objectif, mais la moindre pression au niveau de ces régions provoque une douleur trop vive.

B) Ils présentent ensuite les plaies faites par une mouche de Milan. Là alors le médecin voit une véri-

table brûlure ; il reste parfois même sur la phlyctène de minuscules traces noires de l'enduit du sparadrap. Hors ce cas, il est difficile de différencier une brûlure faite par cet artifice d'une brûlure réelle, si ce n'est la forme en général trop régulière, trop ronde de la lésion provoquée !

C) Puis viennent les plaies entretenues : par le sel qui y produit parfois des nécroses ; par un cheveu ou un poil qui y feront persister la suppuration !

Les œdèmes que le blessé créera de toutes pièces : en se garottant le membre pendant un certain temps, mais alors on aura un œdème mou, diffus ; qu'il créera encore en frappant avec un objet dur, soit sur une partie osseuse, soit sur une articulation, provoquant ainsi un œdème localisé qui ressemblera à une entorse ; mais lors de l'examen il voudra trop paraître souffrir et avec un peu de patience on parviendra à lui faire manifester sa « douleur » avant le moindre contact du doigt.

D) Très rarement l'on voit des plaies entretenues par l'ammoniaque ; mais alors il y a des plaques de sphacèle et généralement lorsque l'on questionne le blessé sur les circonstances de l'accident, rien n'explique une contusion assez violente pour provoquer une telle mortification des tissus.

II. — Infractions venant de l'employeur, de l'assurance ou du médecin contrôleur.

1. Le blessé est libre de choisir son médecin, mais, en pratique, de nombreuses maisons, et les plus importantes surtout, obligent la victime à se faire soigner par le médecin qu'elles lui désignent, et si le blessé n'obéit pas, il n'y a jamais plus de travail pour lui lorsqu'il est consolidé.

2. Lorsque le blessé se rend à l'assurance soit pour une contre-visite, soit pour y toucher des acomptes, ce à quoi la loi ne l'oblige pas, il y est prié avec insistance et souvent en des termes désobligeants pour le médecin traitant de venir s'y faire soigner.

3. Le contrôle est toujours fait très irrégulièrement, sans autorisation du juge de paix.

L'avis de contre-visite n'est que très rarement envoyé par lettre recommandée ; parfois même il n'est pas envoyé du tout. Je connais même un contrôleur qui adresse aux blessés ses convocations intentionnellement trop tard : l'ouvrier non prévenu n'est pas là, est porté absent et s'il veut obtenir son demi-salaire, il lui faut alors entamer une procédure qui, si elle est gratuite, lui cause un préjudice par la perte de temps qu'elle lui occasionne.

Parfois l'employeur (ou plutôt l'assurance) lui offre une certaine somme pour régler l'accident et alors l'ouvrier, souvent chargé de famille et ayant

un pressant besoin d'argent, ne peut attendre plus longtemps et accepte cette transaction qui le lèse.

Nous avons vu, lors de la contre-visite, un contrôleur vouloir, malgré nous, faire reprendre son travail au blessé et nous refuser un examen aussi nécessaire qu'une radiographie en cas de fracture de côte.

Il arrive aussi que le même médecin contrôleur fixe une date de reprise du travail, d'accord avec le médecin traitant, mais sur le rapport à sa compagnie, abrège de trois, quatre et même cinq jours la durée d'incapacité fixée raisonnablement et d'un commun accord. Lorsque le blessé va à l'assurance pour le règlement de son demi-salaire, il est tout étonné de voir son indemnité diminuée du même nombre de jours; mais pour la même raison que précédemment, il recule devant une procédure dont le résultat est aléatoire et il accepte cette diminution de la somme qui lui est due.

Le contrôleur, toujours le même et chez lui c'est une véritable manie, estime que la lésion n'est pas due à l'accident et alors il a trois solutions : il demande à sa compagnie une enquête sur les circonstances de l'accident, il demande une expertise médicale où il fixe une date très proche, trop proche, de consolidation, date que le médecin traitant ne peut admettre, ce qui entraîne une expertise.

S'il demande une enquête, cette dernière prouve ou non la matérialité de l'accident et ce n'est plus une question médicale.

S'il demande une expertise, elle n'est faite le plus souvent que deux ou trois semaines après la contre-visite; la cicatrisation est alors complète et le blessé a repris son travail. Dans ce cas et pour remédier à un examen trop tardif du blessé, nous l'envoyons à l'hôpital que l'on ne peut suspecter de partialité.

Le blessé s'y fait examiner et délivrer un certificat constatant et son incapacité de travail et la durée de cette incapacité. Ce certificat, le blessé le montrera à l'expert lors de son examen.

Parfois le médecin contrôleur accorde « encore deux ou trois pansements » pour une blessure qui ne sera pas complètement cicatrisée avant dix ou douze jours, et cependant le médecin traitant ne pourra refuser au blessé de le soigner et de lui refaire son pansement tous les deux jours.

Parfois le même contrôleur, sur son rapport à sa compagnie d'assurance, note que la blessure n'a nécessité que très peu de soins et lorsque le médecin présente sa note d'honoraires, on la lui diminue dans des proportions considérables.

LES QUATRE PREMIERS JOURS D'INCAPACITÉ

Certaines blessures mettent l'ouvrier momentanément dans l'impossibilité de continuer son travail, mais lui permettraient de le reprendre souvent vers le huitième, le neuvième, le dixième jour quelquefois même avant.

Ainsi des plaies non infectées, suturées par des agrafes ou des crins, permettraient de consolider l'ouvrier parfois vers le huitième jour ; des conjonctivites traumatiques ou dues à des corps étrangers sont parfois très douloureuses et cependant guérissent généralement au bout de trois ou quatre jours ; des contusions sans lésions internes permettent quelquefois de reprendre le travail au bout de peu de jours.

Mais l'incapacité temporaire n'étant due que si elle a duré plus de quatre jours et étant payée même pour les quatre premiers jours, si elle a duré plus de dix jours, l'ouvrier voudra attendre ses onze jours d'assurance afin de ne pas perdre ses quatre premiers jours de demi-salaire.

En fait, la grande majorité des compagnies paie intégralement le demi-salaire, quelle que soit la durée de l'incapacité, mais d'une façon irrégulière, dépendant du bon vouloir de leurs employés.

UTILITÉ DU MÉDECIN INDÉPENDANT POUR LES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL

L'ouvrier sérieux qui souvent n'a jamais été à l'assurance, ne connaît généralement par les dispositions de la loi et en perdrait le bénéfice s'il n'était aidé par son médecin qui le défendra.

Il le défendra en lui fournissant un certificat aussi complet que possible, décrivant bien nettement les lésions, leur siège, leur aspect, les symptômes que présente le blessé, leur conséquence probable au point de vue de l'incapacité temporaire et prévoyant, s'il y a lieu, une incapacité permanente et partielle.

Il le défendra encore lors de la contre-visite de l'assurance dont le médecin parfois voudra le consolider trop vite. Le blessé reprendra son travail mais devra le cesser et pour avoir abrégé son incapacité de deux, trois ou quatre jours qui lui auraient permis de se remettre complètement, le médecin contrôleur devra le revoir à nouveau et lui donner un délai plus long.

Le médecin a encore un rôle de conseiller pour le blessé ; il lui indique les démarches à faire s'il a des ennuis pour le règlement de son demi-salaire.

Il l'accompagne aux expertises, combattant ainsi utilement la thèse du médecin de la compagnie qui, lui, assiste toujours aux expertises.

Il a un autre rôle aussi, c'est celui de consolider le blessé dès que possible, car parfois l'ouvrier est peu enclin à reprendre ses occupations parce qu'il s'imagine que la blessure reçue va le faire souffrir dès les premiers efforts ; qu'il ne pourra les continuer et qu'ayant repris son travail, il ne pourra plus se réclamer de la loi de 1898.

C'est alors au médecin traitant qu'il a librement choisi et en qui il a confiance de le rassurer tant au point de vue des suites de sa blessure que de la sauvegarde que lui laisse la loi.

De même pour les lésions entraînant des incapacités permanentes ; certains blessés s'imaginent, à la suite d'une blessure qui leur a laissé une légère impotence, toucher des sommes beaucoup plus importantes que celles auxquelles ils ont droit. Là encore, le médecin traitant fera œuvre utile en leur disant approximativement le pourcentage d'incapacité qu'ils peuvent accepter de l'assurance lorsqu'il s'agit d'une incapacité minime, car pour les grosses impotences, le tribunal fait toujours procéder à une expertise.

Cela évite au blessé une perte de temps en lui permettant, lorsqu'il y a possibilité, de s'entendre avec l'assurance lors de la conciliation et enlève de son esprit cette idée qu'il a été frustré d'une partie de ce à quoi il avait droit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. E., 57 ans, tombe le 14 janvier 1927, par suite du verglas, en livrant des marchandises ; il ne peut se relever, est transporté chez lui et nous fait demander.

Nous constatons une grosse contusion de la hanche gauche avec : ecchymose au niveau de la tête fémorale, impotence totale du membre raccourci, avec renversement du pied en dehors. Nous diagnostiquons une fracture du col du fémur mais pour en être certains et avant de faire quoi que ce soit, nous voulons avoir une radiographie. Nous voulons faire hospitaliser le blessé, mais il s'y refuse, et nous demandons de suite par téléphone à l'assurance de faire radiographier cet homme, en confirmant notre demande par lettre.

On nous répond que l'on envoie l'autorisation par lettre pneumatique avec l'adresse du radiographe de la compagnie. Le lendemain, rien ne nous est parvenu et pendant les jours qui suivent, nous réitérons nos demandes matin et soir à l'assurance. Le blessé est enfin radiographié le 19, soit cinq jours après l'accident et l'on nous confirme une fracture intertrochantérienne avec engrènement.

Nous faisons une réduction et un appareil à extension

continue qui soulage le malade ; appareil qui aurait été fait le jour même ou le lendemain s'il nous avait été possible d'obtenir de suite une radiographie.

OBSERVATION II

M. P..., 35 ans, est victime le 4 mai 1928, d'une chute au cours de son travail ; il tombe sur l'épaule droite et le lendemain il présente une large ecchymose de la région deltoïdienne ; les mouvements du bras sont nettement très douloureux et provoquent des craquements au niveau de l'articulation scapulo-humérale.

Nous diagnostiquons une violente contusion de l'épaule droite avec ecchymose de la région deltoïdienne et arthrite de l'articulation scapulo-humérale avec craquements.

Le 12 mai, le blessé est contrôlé et la consolidation est fixée d'accord, entre les médecins, au 19 mai.

Le 17, lorsque le blessé se rend à l'assurance pour y toucher son indemnité, on lui dit qu'il aurait dû reprendre son travail le 13 mai, date de consolidation fixée par le médecin de la compagnie ; alors que la date du 19 avait été fixée sans erreur possible d'accord entre les médecins, contrôleur et traitant, en présence du blessé.

OBSERVATION III

M. F..., 34 ans, blessé le 25 avril 1928 au cours de son travail, présentait une petite plaie au niveau de la face dor-

sale du premier métacarpien, un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Cette blessure était, d'après les dires du blessé, due à un éclat d'acier qui provoquait de très vives douleurs lors de la flexion du pouce mais n'était pas perceptible à la palpation.

Nous demandons de suite une radiographie, mais notre lettre reste sans réponse et le 7 mai le blessé est contre-visité.

La plaie était alors cicatrisée et il ne persistait que des symptômes subjectifs ; le médecin contrôleur voulait consolider cet homme, mais après quelques difficultés il accorda une radiographie. Le résultat nous en parvient le 12 mai et nous montre la présence d'un corps étranger, gros comme une petite lentille, qui avait glissé sur la partie latérale interne du premier métacarpien.

Le même jour ce corps étranger est extrait sous anesthésie locale. Le 14 mai, le blessé est contre-visité à nouveau et il reprend son travail le 23 mai.

Cette radiographie, s'il avait été possible de l'obtenir dès le lendemain de l'accident, aurait permis une abréviation d'environ douze jours de la durée de l'incapacité de cet homme.

OBSERVATION IV

M. L..., 28 ans, employé dans une usine, est brûlé le 6 mai 1928 à la région bicipitale gauche, par la chute d'un tuyau de fer rouge que l'on est en train de cintrer et qui échappe à l'instrument qui le maintient. Il n'arrête pas son

travail de suite, mais la plaie s'infecte et quatre jours après, le 10 mai, il vient à la consultation. Il présente alors une plaie infectée avec réaction inflammatoire, ganglion axillaire douloureux et doit cesser son travail. Huit jours après il est contre-visité et la date de consolidation est fixée d'un commun accord au 14 mai. Le blessé reprend son travail à la date fixée mais lorsqu'il veut toucher son demi-salaire, on le lui refuse.

Il va en justice de paix ; les témoins y prouvent la matérialité de l'accident, mais l'assurance demande alors une expertise. Quinze jours après cette audience, le blessé, complètement guéri depuis environs trois semaines, est vu par l'expert qui refuse l'accident.

OBSERVATION V

M. B..., 55 ans, homme très robuste qui n'a jamais eudans ses antécédents la moindre maladie, se présente le 29 mai 1928 à la consultation, se plaignant de souffrir de la région inguinale gauche à la suite d'un effort.

Cet homme a fait le jour même un violent effort en soulevant un palan dont il ne s'était servi que très rarement. Il dit avoir ressenti en même temps une violente douleur dans l'aîne gauche.

A l'examen, cet homme ne présentait aucune tumeur au niveau du pli inguinal, mais à la pression on y provoquait une douleur. L'index, en refoulant le scrotum pour explorer l'orifice inguinal, parvient dans un orifice élargi et cette

manœuvre est très douloureuse alors qu'à droite il n'y a pas de pointe de hernie.

Nous concluons à la suite de cet examen à une hernie inguinale gauche de force.

Le blessé est contrôlé le 6 juin par le médecin de l'assurance qui ne soulève aucune objection.

Le 16 juin il est contrôlé à nouveau par le chirurgien de la même compagnie et toujours sans objection.

Il se fait appareiller, ne voulant pas se faire opérer, et fin juin il reprend son travail bien que souffrant malgré son bandage, dans la station debout et lors des efforts qu'exige son travail.

Il va à l'assurance pour le règlement de son demi-salaire ; on le lui refuse et il doit aller en justice de paix, puis en expertise ; là on lui accorde son demi-salaire mais on lui refuse une incapacité permanente et partielle.

OBSERVATION VI

M. M..., 28 ans, a été victime au cours de son travail, le 10 juillet 1928, d'une violente contusion du genou gauche, il est transporté à l'assurance en automobile. Huit jours après on le consolide et il reprend ses occupations. Il ne peut terminer sa journée de travail et doit quitter le chantier. Le lendemain il retourne à l'assurance et demande à être examiné à nouveau ; on l'évince brutalement, il rentre chez lui et nous demande.

Il présentait alors un genou globuleux, plus volumineux

que celui du côté opposé, avec des méplats effacés et un peu douloureux. Le choc rotulien affirmait la présence d'un gros épanchement séreux. Il n'y avait pas de craquements à la flexion du genou et pas de nodosités dans les culs-de-sac synoviaux.

Le genou reçoit des pointes de feu et l'on fait un pansement compressif.

L'assurance est prévenue et le blessé est contrôlé quelques jours après par le médecin de la compagnie qui reconnaît la rechute.

OBSERVATION VII

Mlle R..., 29 ans, est employée dans un restaurant et le 10 octobre 1928, elle se pique avec un poinçon à glace au niveau de la deuxième phalange du pouce gauche et le fait remarquer à ses camarades. Travaillant à la journée et n'attachant pas d'importance à cette piqûre, elle ne la fait pas remarquer à son patron et pendant six jours travaille dans d'autres maisons.

Puis elle souffre de son doigt, va à la consultation à l'hôpital Necker, y est hospitalisée. On incise son doigt à deux reprises différentes puis on veut lui amputer la deuxième phalange ; elle s'y refuse, sort de l'hôpital le 24 octobre et vient nous voir le 26.

Elle nous présente alors un pouce énorme, tuméfié, suppurant, avec incision des deux faces dorsale et palmaire.

Nous la prenons en traitement, lui faisons les certificats nécessaires et lui indiquons les démarches qu'elle doit effec-

tuer. Le patron refuse de faire la déclaration, car prétend-il, elle aurait eu cet accident à la suite d'eczéma. Nous insistons pour qu'elle fasse elle-même sa déclaration d'accident à la mairie et qu'elle fasse citer son employeur.

Nous la faisons radiographier et constatons une ostéite raréfiante de la base de la deuxième phalange du pouce gauche.

Elle passe en justice de paix et doit d'abord y prouver la matérialité de son accident ; elle y parvient difficilement, car ses témoins craignant d'être renvoyés, elle doit les faire citer par le juge de paix. Une fois cela acquis, l'assurance demande une expertise médicale qui a lieu le 13 décembre, lui accorde son demi-salaire et encore quinze jours d'incapacité totale.

Le 29 décembre nous extrayons une esquille ou plutôt la presque totalité de l'os de la deuxième phalange.

Après la condamnation de l'assurance, la blessée est contre-visitée régulièrement tous les huit jours et sans objection, par le médecin de la compagnie. Malgré cela, cette dernière demande une nouvelle expertise qui a lieu le 17 janvier 1929 et consolide la femme pour le 28 décembre 1928.

OBSERVATION VIII

M. M..., maçon, 29 ans, est blessé le 10 octobre 1927 au cours de son travail et se présente à la consultation le même jour. Il a un genou en demi-flexion avec hydarthrose ; l'extension complète de la jambe est impossible.

Nous pensons à une luxation méniscale et tentons de la

réduire sans succès. Le blessé est contrôlé régulièrement tous les huit jours et une radiographie ne montre rien d'anormal.

Les massages améliorent progressivement l'état du genou ; le blessé étend mieux sa jambe sans parvenir toutefois à l'extension complète.

Il reprend son travail le 15 novembre 1927 après avoir été vu à nouveau, à l'assurance, par un médecin qui lui dit devoir le convoquer sous peu pour établir le taux de son incapacité permanente et partielle.

Nous laissons faire en priant le blessé de venir de temps à autre nous voir. Dix mois passent et le blessé n'a toujours rien reçu ; aussi, pour ne pas laisser écouler l'année qui enlèverait au blessé le bénéfice de la loi, nous lui faisons un certificat d'incapacité permanente et partielle.

OBSERVATION IX

M. G..., 45 ans, réformé de guerre à 40 % par suite de bacillose, est victime le 16 octobre 1928 d'une chute de 3 mètres de hauteur, au cours de son travail qu'il doit quitter immédiatement. Il se présente à la consultation le jour même.

A l'examen, cet homme présentait sur la partie latérale de l'hémithorax gauche, une zone très douloureuse à la pression des 9^e, 10^e et 11^e côtes. La douleur était très nettement exagérée par la toux et l'inspiration profonde, mais il n'y avait pas d'ecchymose. La crépitation osseuse n'était pas perçue à

la palpation et il n'était pas possible de la percevoir à l'auscultation par suite des lésions sous-jacentes.

Nous diagnostiquons une violente contusion de l'hémi-thorax gauche avec lésion osseuse probable des dernières côtes. Le blessé est bandé fortement et on lui prescrit une potion calmante. Sept jours après, le 23 octobre, il est contre-visité par le médecin de l'assurance. Il ne s'était pas formé d'ecchymose et les symptômes n'étaient que subjectifs : douleur à la pression, à la toux et à l'inspiration profonde.

Le médecin contrôleur prétend que l'homme est un « farceur » ; nous lui demandons une radiographie ; il la refuse et malgré nos protestations, il consolide le blessé pour le lendemain.

Nous passons outre, faisons radiographier cet ouvrier et le résultat nous montre trois fractures complètes des 9^e et 10^e côtes gauches sur la ligne axillaire et de la 11^e à la même hauteur mais sur la ligne spinale.

Le blessé reprend son travail le 20 novembre sans avoir été contre-visité à nouveau.

OBSERVATION X

M. M..., 32 ans, blessé par suite d'une chute sur des poutres en fer, au cours de son travail, se présente à la consultation le 12 janvier 1929.

Nous voyons une plaie infectée avec adénite de l'aîne gauche. L'employeur, sur sa déclaration à l'assurance, a fixé la date de l'accident au 10 janvier ; nous faisons remarquer

au blessé que la plaie semble plus ancienne et il nous confie que la date de l'accident remonte en effet au 5 janvier.

Ce jour-là on lui avait fait un pansement sommaire, puis n'attachant pas d'importance à sa blessure, il avait continué son travail sans se faire soigner ; mais sept jours après, la plaie s'est infectée, a provoqué un ganglion inguinal douloureux ; la marche est devenue pénible et il lui est impossible de continuer son travail.

Nous prévoyons une incapacité de quinze jours ; l'employeur ayant donné comme date de l'accident le 10 janvier, afin de se mettre en règle avec la loi qui l'oblige à faire sa déclaration dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident, et afin d'éviter des ennuis, nous notons sur nos certificats la même date comme étant celle de l'accident

Le blessé est contre-visité le 18 janvier et le médecin contrôleur fait la même observation que nous lors de notre premier examen. Il la consigne dans son rapport à l'assurance où le blessé se rend pour toucher des acomptes.

Par suite du rapport qui a été fait, on l'y suspecte de se faire soigner pour une blessure contractée en dehors de son travail. On envoie faire une enquête chez son employeur qui a été lui-même témoin de l'accident, on cherche dans ses antécédents mais on n'y trouve rien d'anormal et on lui verse son demi-salaire.

Il reprend son travail le 28 janvier 1929 avec une cicatrisation presque totale mais encore incomplète qui nécessite encore quelques jours de soins.

CONCLUSIONS

Nous avons vu que la loi du 9 avril 1898 subit parfois des infractions: de la part de certains blessés qui veulent en abuser, de la part de certains médecins et de la part des assurances.

En ce qui concerne les blessés, il est généralement facile au médecin d'évincer les faux accidentés ou plutôt les simulateurs.

Pour éviter certains malentendus entre médecins, traitant et contrôleur, ils devraient tous deux consigner soit leur accord sur la durée probable de l'incapacité, soit la date de consolidation.

L'expertise devrait être faite beaucoup plus rapidement et au besoin l'expert pourrait examiner le blessé avant d'être en possession de l'enquête du juge de paix, quitte à ne déposer ses conclusions qu'après avoir pris connaissance de cette enquête.

Il faudrait une application plus stricte de la loi en ce qu'elle permet à l'ouvrier de choisir son médecin !

Le demi-salaire, dû à l'ouvrier, devrait débiter

dès le premier jour de l'incapacité et cela, quelle qu'en soit la durée, en rendant légale une mesure appliquée très souvent dans la pratique mais sur laquelle l'on ne peut compter.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

